

出産手当金請求書(産前・産後)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等 記号・番号	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください。 <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>											
	被保険者氏名	分娩予定年月日 年 月 日													
	住 所	実分娩年月日 年 月 日													
	電話番号	() -			分娩のため会社を 休んだ期間	自	年	月	日	至	年	月	日		
銀 行 保 険 者 欄	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は <input type="checkbox"/> にチェック、利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。														
	銀行名	金庫協	本店支店出張所	普通	口座番号										
	(フリガナ)														
口座名義															

事 業 主 証 明 欄	産前42日間・産後56日間についてご記入ください。 産休・・・○ 出勤・・・△ 有給・・・/ 公休・・・×																															
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	*上記期間の給与支払状況について、いずれかに○をつけてください													特記事項																		
	1. 全額支給した 2. 一部支給した 3. 支給しない													1. 2. の場合は支給状況を 下欄に記入してください																		
	計算期日	支払基礎日数	基本給 1ヶ月 円	手当 1ヶ月 円	手当 1ヶ月 円	合 計	この欄に記入したことは事実には相違ありません。																									
	/ ~ /						令和 年 月 日																									
	/ ~ /						[事業所] 名称																									
/ ~ /						所在地																										
/ ~ /						事業主																										
給与の種類	月給・日給月給・日給・時給・その他()																															
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。																																

病 院 が 証 明 す る 欄	分娩予定年月日	年 月 日	出生児の数	
	実分娩年月日	年 月 日	単胎(1名)	多胎(名)
	生産・死産の別	生産 ・ 死産(妊娠 ヶ月)		
	上記の通り相違ない事を証明する。			
		医療施設名称		
		年 月 日	医師名	
※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と証明者の氏名(サイン)をご記入ください。				

健 保 組 合 処 理 欄	支給額	円	支給日	年 月 日	常務理事	事務長	担当	確認
	支給期間	産前	年 月 日 ~	年 月 日	計 日間	資格	取得 喪失	年 月 日
		延長	年 月 日 ~	年 月 日				年 月 日
		産後	年 月 日 ~	年 月 日				年 月 日
	不支給期間とその理由	計 日間				標準報酬 月額	千円	
支給額計算					受付日付印			